شیوع بیماری های گوارشی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه مراجعه کننده به کلینیک های آندوسکوپی شهرستان ایلام در سال ۹۱-۱۳۹۰

مجید رضایی طاویرانی[۱]، مسعود یاسمی[۲]، محمدرسول یاسمی[۲]، میلاد رشید بیگی[۲]، زهرا مرادی[۲]، یسری عزیزپور[۲]، رضاولیزاده[۳*]

۱) گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۲) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۳)گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۱ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۰

چکیده

مقدمه: سوء هاضمه یکی از شایع ترین اختلالات دستگاه گوارش و اندیکاسیونی برای آندوسکوپی فوقانی می باشد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع اختلالات گوارشی در بیماران مبتلا به سوء هاضمه مراجعه کننده به کلینیک های گوارش شهرستان ایلام در سال ۹۱-۱۳۹۰بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی کلیه پرونده های افراد با سابقه سوء هاضمه و درد اپی گاستریک مورد بررسی قرار گرفت و جهت آنالیز داده ها از نرم افزار SPSS, T-Test, Logistic Regression, chi-Square Tests T-Test استفاده شد.

یافته های پژوهش: در طول یک سال ۱۴۶۴ نفر(با محدوده سنی ۹۴-۱ سال) تحت آندوسکوپی قرار گرفتند که ۵۰/۱ درصد بیماران مرد بود، و اختلالات گوارشی مانند: فتق هایاتال، ریفلاکس ازوفاژیت، زخم دئودنوم و معده به ترتیب: ۹۱/۵ درصد، ۴۴/۲ درصد، ۲۶/۱ درصد، ۳۰/۲ درصد بود. تشخیص نهایی در ۱ درصد بیماران سلیاک و ۰/۴ درصد بیماران سرطان معده بود. بین فتق هیاتال و ازوفاژیت ارتباط معنادار وجود داشت(OR=4.59).

بحث و نتیجه گیری: شیوع سوء هاضمه در شهرستان ایلام در حال افزایش است که این افزایش را می توان به تغییر در شیوه زندگی، عادات غذایی(از جمله مصرف مواد غذایی Fast Food و مصرف بیشتر چربی)، چاقی و کشیدن سیگار نسبت داد. در انتها پیشنهاد می شود نتایج این مطالعه می تواند مفید واقع شود و ممکن است ارائه دهنده راهکاری برای کاهش شیوع سوء هاضمه و عوارض آن گردد.

واژه های کلیدی: سوء هاضمه، فتق هایاتال، ازوفاژیت، ایلام

* نویسنده مسئول: گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

Email: dr_rezavalizadeh@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

مقدمه

از نشانه های اختلال مزمن دستگاه گوارش فوقانی سوء هاضمه است(۱) که از رایج ترین اختلالات دستگاه گوارشی می باشد(۲). در واقع سوء هاضمه بیماری نیست بلکه مجموعه ای از نشانه هایی است که وجود بیماری در دستگاه گوارش فوقانی(زخم پپتیک) را گزارش می دهد(۳). این اختلال گوارشی حدود ۲/۹ الی ۲۹ درصد جمعیت بزرگسال کشور را درگیر کرده است(۴). از نشانه های آن می توان به سوزش سر دل(۵)، حالت تهوع و استفراغ متوالی، ورم شکم به علت نفخ، احساس سنگینی در شکم(۶)، دل ضعفه، آروغ های مکرر، کاهش اشتها و ... اشاره کرد(۷). بر اساس نشانه های بالینی سوء هاضمه به گروه های زیر تقسیم می شود که عبارتند از: سوء هاضمه شبه زخم، دیس موتیلیتی گونه، سوء هاضمه شبه رفلاکس و سوء هاضمه عملکردی(در این نوع بیمار هیچ گونه اختلال در ساختار گوارشی وجود ندارد) است(۸) که بیش از ۶۰ درصد مبتلایان دچار سوء هاضمه عملکردی بوده(۹) و بقیه دچار اختلالات ساختاری مانند زخم گوارشی معده و دئودنوم، التهاب مری، زخم سطحی مخاط معده و دوازدهه می باشند(۱۰،۳). شیوع اختلال سوء هاضمه در آسیا حدود ۸ الی ۱۴ درصد ذکر شده است(۳) اما در جوامع غربی در محدوده ۱۷ الی ۲۷ درصد برآورد شده است(۱۲،۱۱). انجمن گاسترو انترولوژی آمریکا برای درمان مبتلایان به سوء هاضمه دستورالعمل هایی ارائه داده که بر اساس آزمایشات و ارزیابی بیماران سه اصطلاح زیر را به کار می برد:

Uninvestigated Dyspepsia: این مورد بیانگر شرایط بیماران دارای علائم سوءهاضمه بدون تشخیص افتراقی بین علل اختلال و بدخیمی های گوارشی است.

Investigated Dyspepsia: در این قسمت از آندوسکوپی یا تست های تشخیصی دیگر برای کشف علل اختلال استفاده می شود.

Functional Dyspepsia: بعد از انجام آندوسکوپی و سایر تست های تشخیصی هنوزهم علل ساختاری خاصی برای آن نمی توان یافت(۶). برای جلوگیری از تحمیل کردن هزینه های تشخیصی و درمان این گونه اختلال به افراد مبتلا و جامعه باید علل اصلی اختلال مشخص شود، لذا هدف از این مطالعه نیز شیوع بیماری های گوارشی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه مراجعه کننده به کلینیک های آندوسکوپی شهرستان ایلام در سال ۹۱-۱۳۹۰ بود.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع اپیدمیولوژیک توصیفی-تحلیلی است که بر روی تمامی افراد مراجعه کننده به کلینیک های آندوسکوپی شهرستان ایلام با شکایت سوء هاضمه و درد اپی گاستریک، از فروردین ۱۳۹۰ الی فروردین ۱۳۹۱ انجام شده است. بیماران به صورت سرشماری وارد مطالعه شده و بیمارانی که رضایت به آندوسکوپی نداشته اند، از مطالعه خارج شدند. به بیماران ۱۲ ساعت قبل از آندوسکوپی آمادگی داده شد به طوری که این ۱۲ ساعت را fasting کاملداشته باشند.آندوسکوپی توسط متخصص مربوطه توسط دستگاه(EVE®Processor EPX-201H) صورت گرفت. بعد از اتمام آندوسکوپی، در چک لیستی که از قبل آماده شده و شامل؛ نوع فتق هیاتال، نوع ازوفاژیت، نوع زخم های گاستریک و دئودنوم، تشخیص نهایی، سن و جنس بود، داده های آندوسکوپی وارد گردید. تمام بیماران با رضایت کامل وارد مطالعه گردیدند. جهت درجه بندیR.E از طبقه بندی لس آنجلس استفاده شده است که در ذیل به آن اشاره می شود:

Grade A: یک(یا بیشتر) شکنندگی موکوسی(Mucosal Break) به طول کمتر از ۵ میلی متر که میان راس دو چین مخاطی امتداد نیافته باشد.

Grade B: یک(یا بیشتر) شکنندگی موکوسی(Mucosal Break) به طول بیشتر از ۵ میلی متر که میان راس دو چین مخاطی امتداد نیافته باشد.

Grade C: یک(یا بیشتر) شکنندگی موکوسی(Mucosal Break) که میان دو یا بیشتر از چین های مخاطی امتداد یافته باشد اما کمتر از ۷۵ درصد حلقه مخاطی مری را درگیر کرده است.

Grade D: یک(یا بیشتر) شکنندگی موکوسی(Mucosal Break) که حداقل ۷۵ درصد محیط لومن مری را درگیر کرده است(۱۴،۱۳).

داده ها در نرم افزار SPPS vol.16 وارد شد و جهت آنالیز از تست های آماری Chi-Square Tests, Logistic Regression, T-Test and Mean±Standard Deviation استفاده شد. سطح معناداری P زیر ۰/۰۵ تعریف شد. این مطالعه زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام گرفت.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

یافته های پژوهش

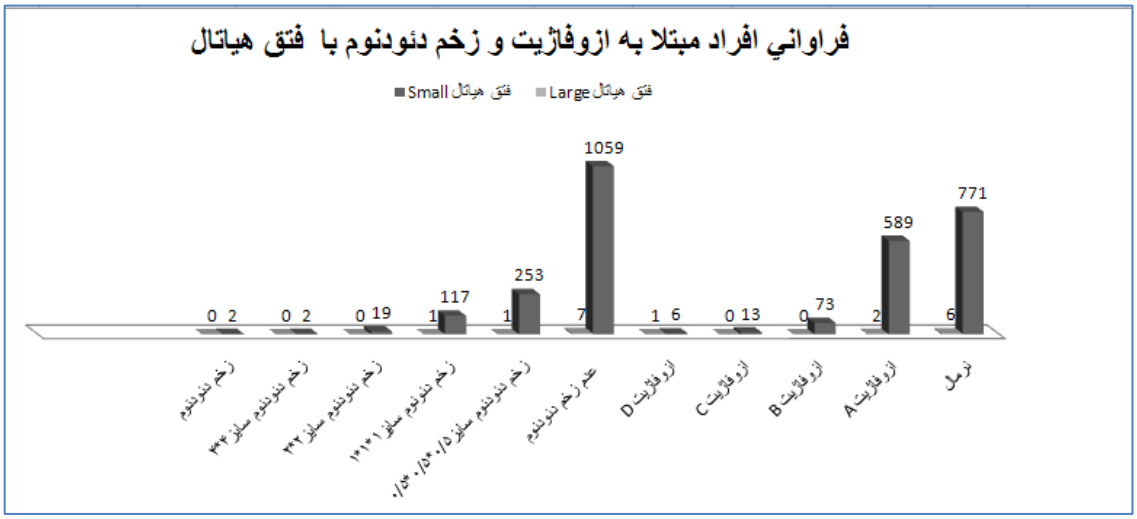
با توجه به نتایج، شرکت کنندگان در مطالعه ۱۴۶۴ نفر بودند که، ۷۳۳ نفر مرد(۵۰/۱ درصد) و ۷۳۱ نفر زن(۴۹/۹ درصد) بودند و از لحاظ سنی ۵۶ نفر(۳/۹ درصد) در گروه سنی ۲۰-۱ سال، ۶۹۲ نفر(۴۷ درصد) در گروه سنی ۴۰-۲۱ سال، ۵۴۷ نفر(۳۷/۵ درصد) در گروه سنی ۶۰-۴۱ سال، ۱۴۴ نفر(۹/۸ درصد) در گروه سنی ۸۰-۶۱ سال و ۲۳ نفر(۱/۸ درصد) در گوه سنی ۱۰۰-۸۱ سال قرار گرفتند. شیوع بیماری گوارشی اعم از: فتق هیاتال، زخم دئودنوم، ازوفاژیت، زخم گاستریت،prepyloric ulcer، در افراد مبتلا به سوء هاضمه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره۱. فراوانی بیماری گوارشی مختلف در افراد مبتلا به سوء هاضمه

بیماری های گوارشی		فراوانی	درصد
سایز فتق هیاتال	Small	۱۴۵۲	۹۹/۲
	Large	۹	۰/۶
	جمع کل	۱۴۶۱	۹۹/۸
سایز زخم دئودنوم	طبیعی	۱۰۶۹	۷۳
	۰/۵×۰/۵×۰/۵	۲۵۴	۱۷/۴
	۱×۱×۱	۱۱۸	۸
	۲×۲	۱۹	۱/۳
	۴×۴	۲	۰/۱
	DU	۲	۰/۱
	جمع کل	۱۴۶۴	۱۰۰
درجه ازوفاژیت	Norm	۷۸۰	۵۳/۳
	A	۵۹۱	۴۰/۴
	B	۷۳	۵
	C	۱۳	۰/۹
	D	۷	۰/۵
	جمع	۱۴۶۴	۱۰۰
زخم گاستریت	نرمال	۱۲۹۸	۸۸/۷
	۰/۵×۰/۵×۰/۵	۱۳	۰/۹
	۱×۱×۱	۱۳۴	۹/۲
	۲×۲	۱۳	۰/۹
	۳×۳	۲	۰/۱
	۴×۴	۴	۰/۳
	جمع	۱۴۶۴	۱۰۰
Prepyloriculcer	نرمال	۱۱۶۳	۷۹/۴
	۰/۵×۰/۵	۱۶۳	۱۱/۱
	۱×۱	۱۲۳	۸/۴
	۲×۲	۱۲	۰/۸
	۳×۳	۱	۰/۱
	۴×۴	۲	۰/۱
	جمع	۱۴۶۴	۱۰۰

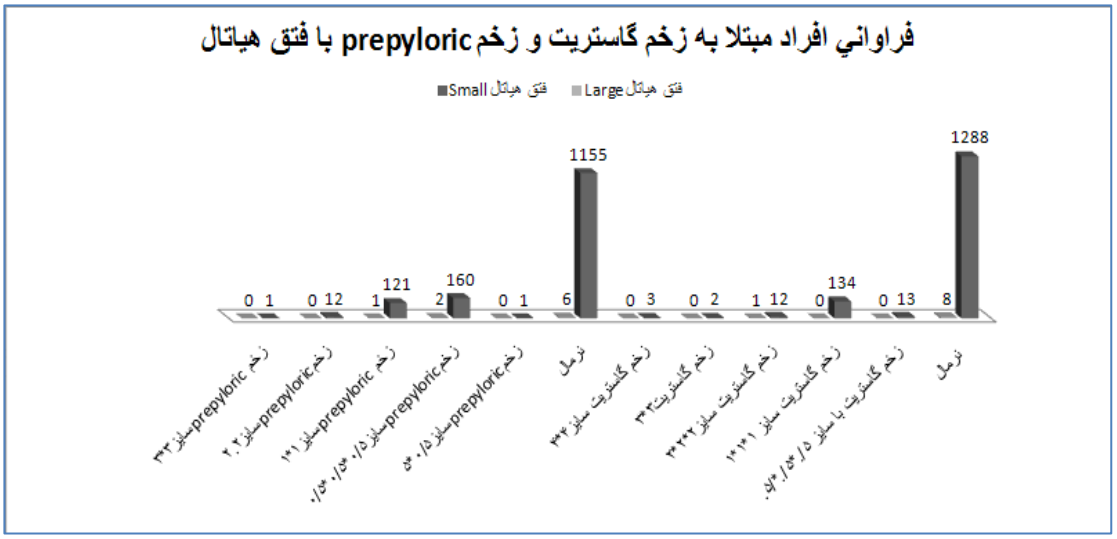
در نمودار شماره ۱ فراوانی افراد مبتلا به ازوفاژیت و زخم دئودنوم با فتق هیاتال آورده شده است، که بیشترین فراوانی ۵۸۹ بیمار مبتلا به ازوفاژیت A دچار فتق هیاتال با سایز بزرگ و ۷۷۱ نفر نرمال بودند. بیشترین فراوانی ۱۱۷ بیمار مبتلا به زخم دئودنوم با سایز ۰/۵×۰/۵×۰/۵ دچارفتق هیاتال با سایز بزرگ و نیز ۱۰۵۹ نفر زخم دئودنوم نداشتند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]



نمودار شماره ۱. فراوانی افراد مبتلا به ازوفاژیت و زخم دئودنوم با فتق هیاتال

در نمودار شماره ۲ فراوانی افراد مبتلا به زخم گاستریت و زخم prepyloric با فتق هیاتال آورده شده است. که بیشترین فراوانی ۱۳۴ بیمار مبتلا به زخم گاستریت یا سایز۱×۱×۱ دچار فتق هیاتال با سایز بزرگ و ۱۲۸۸ نفر نرمال بودند. بیشترین فراوانی ۱۶۰ بیمار مبتلا به زخم Prepyloric با سایز ۰/۵×۰/۵×۰/۵ دچارفتق هیاتال با سایز بزرگ و ۱۱۵۵ نفر نرمال بودند. بر اساس آزمون های آماری انجام گرفته بین سن و سایز فتق هیاتال ارتباط معنادار وجود دارد(P=0.005) که با افزایش سن سایز فتق هیاتال بزرگ می شود. هم چنین بین سن و گرید ازوفاژیت نیز ارتباط معناداری یافت شد(P=0.013). بین جنس با سایز فتق هیاتال ارتباط معناداری یافت نشد(P=2.77).



نمودار شماره ۲. فراوانی افراد مبتلا به زخم گاستریت و زخم prepyloric با فتق هیاتال

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده بیشتر افراد مبتلا به سوء هاضمه در گروه غیر اولسری ها قرار گرفتند و زخم ها گوارشی بودند و در محدوده پایین تر در این مطالعه دیده شدند. در مطالعه ای که توسط گنجی و همکاران بر روی بیماران مراجعه کننده به چند مرکز ارجاعی سرپایی گوارشی انجام شده بود رده های اول تا سوم بیماران مبتلا به سوء

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

هاضمه دچار ریفلاکس زخم دوازدهه و روده تحریک پذیر بودند و گروه چهارم را بیماران غیر اولسری تشکیل می دادند(۱۵).

در مطالعه نجفیان و همکاران که بر روی ۲۱۱ بیمار و در محدوده سنی ۷۵-۱۳ سال دارای علائم سوء هاضمه و توسط روش آندوسکوپی انجام شده بود نتایج نشان داد ۷۴ نفر(۳۵/۱ درصد) ازوفاژیت(GA) دارند و ۱۲۴ نفر(۵۸/۸ درصد) بیماران از لحاظ آندوسکوپی مری نرمال بودند(۱۶)، که در مطالعه حاضر نیز ۷۷۱ نفر نرمال و ۵۸۹ نفر مبتلا به ازوفاژیت(GA) بودند که این یافته ها با مطالعه ما هم خوانی داشتند. هم چنین در این مطالعه نزدیک به ۶۰ درصد از آندوسکوپی های انجام شده نرمال بوده و بقیه افراد دارای اندوسکوپی با یافته های مثبت بودند که در مطالعه ما نیز اکثریت افراد آندوسکوپی شده از لحاظ بیماری های گوارشی مانند ازوفاژیت، زخم دئودنوم، زخم گاستریت و زخم prepyloric در محدوده نرمال قرار داشتند(۱۶). نومانس و همکاران با انجام دادن آندوسکوپی بر روی ۵۱۵ بیمار مبتلا به سوء هاضمه، گزارش کرد که ۵۵ درصد افراد نتایج آندوسکوپی آن ها نرمال بوده است(۱۷). در مطالعه هاشمی و همکاران نتایج نشان داد از ۱۰۰۰ نفر، ۷۳ درصد بیماران مبتلا به سوء هاضمه غیر اولسری بودند(۱۸). در مطالعه مجلسی و همکاران رابطه معکوس و مستقیم بین سن و شیوع بیماری سوء هاضمه دیده شد به طوری که با افزایش سن، شیوع بیماری کاهش می یافت(۱۹)، در مطالعه حاضر نیز بین سن و بیماری گوارشی(ازوفاژیت و فتق هیاتال) رابطه مستقیم و معناداری یافت شد به طوری که در افرادی که ازوفاژیت داشته و به فتق هیاتال مبتلا بودند، با افزایش سن سایز فتق از کوچک به بزرگ ارتقاء پیدا می کرد.

نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع سوء هاضمه در شهرستان ایلام در حال افزایش است. که این افزایش را می توان به تغییر در شیوه زندگی کم تحرک، عادات غذایی(از جمله مصرف مواد غذایی Fast Food و مصرف بیشتر چربی)، افزایش شیوع چاقی و کشیدن سیگار نسبت داد. در انتها پیشنهاد می شود به منظور به حداقل رساندن عوارض جدی بیماری های دستگاه گوارش به طور جدی به این مشکلات پرداخت.

سپاسگزاری

محققین برخودلازم می دانند که ازمعاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام آقای دکتر مروت طاهری کلانی به خاطر تامین منابع مالی طرح ومسئولین کمیته تحقیقات تشکروقدردانی نمایند.

References

1.Faramarzi M, Kashifard M, Shokri J. [Comparison of characteristics of patients with functional dyspepsia with healthy individuals]. J Babol Uni Med Sci 2013; 15:57-62.(Persian)

2.Goldman L, Bennett J, Andrew I. Cecil text book of medicine. Philadelphia: W.B.Saunders; 2000. P. 691-5.

3.Saberifiroozi M, Abedian S, Masserrat S. [Epidemiology, Associated Factors, and Treatment Experiences with Dyspepsia in Iran: a Review Article]. Govaresh 2012; 17:213-27. (Persian)

4.Henke C, Levin T, Henning J, Potter L. Work loss costs due to peptic ulcer disease and gastroesophageal reflux disease in a health maintenance organization. Am J Gastroenterol 2000;97:788-92.

5.Vahedi H, Karimi M, Tehranian S. Association of duodenal ulcer and reflux esophagitis in pationts referred to endoscopic ward of Naval force Golestan Hospital in 1999-2001. JAUMS 2003;1:81-4.

6.Roshanzamir F. [Dispepsia]. Razi 2008; 19:647-54. (Persian)

7.Jones RH. Approach to uninvestigated dyspepsia. Gut 2002;50:iv42–iv6.

8.Semnani S, Nemati M. Association Helicobacter pylori with functional dyspepsia. J Gorgan Uni Med Sci 2003;5:20-5.

9.Tack J. Feldman: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9th ed. MD Consult; 2010. P. 183.

10.Parkin D, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics 2002. CA Cancer J Clin 2005;55:47-108.

11.Zagari R, Law G, Fucci L, Eusebi L, Forman D, Bazzoli F. Prevalence and risk factors of functional dyspepsia in the general population:Loianomonghidoro study. Dig Live Dis 2009;41:4-9.

12.Okumura T, Tanno S, Ohhira M, Tanno S. Prevalence of functional dyspepsia in

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

an outpatient clinic with primary care physicians in Japan. J Gastroenterol 2010; 45:187-97.
13.Shavakhi A, Minakari M, Khodadoostan M, Ghafouripou L. The Association between Metabolic Syndrome and Severity of Esophagitis Caused by Gastroesophageal Reflux Disease. J Isfahan Med School 2013;30:2527-36.
14.Vahedi H, Karimi M, Tehranian S. Assiociation of duodenal ulcer and reflux esophagitis. J Res Dis 2003;5:132-8.
15.Ganji A, Malekzadeh F, Safavi M, Nasseri-Moghaddam S, No-uraie M, Merat s, et al. Digestive and liver disease statistics in Iran. Middel East J Dig Dis 2009;1:56-62.
16.Najafian B, Shohrati M, Amini M, Jahandideh H, Falahian F. Comparison of endoscopic and pathologic findings and their relation to gastero-esophageal reflux disease in patients with dyspepsia. JAUMS 2005;3:481-7.
17.Numans M, De-wit N. Reflux symptoms in general practice :diagnostic evaluation of the carlsson -Dent gastro-oesophageal reflux disease questionnaire. Aliment Pharmacol Ther 2003;17:1049-55.
18.Hashemi M, Rahnavardi M, Bikdeli B, Dehghani -Zahedani M. H. Pylori infection in subgroupof patients with non-ulcer dyspepsia. Razi J Med Sci 2006;12:2479-82.
19.Majlesi A, Kashani K, Karimi M. [Survey Prevalence of dyspepsia in rural city of Hamadan in 2002]. J Hamadan Uni Med Sci 2004;31:47-50. (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]

The Prevalence of Gastrointestinal Diseases in Patients with Dyspepsia who Referred to Gastrointestinal Clinics in Ilam during the Years 2010-2011.

*Rezaie-Tavirani M[1], Yasemi M[2], Rasool-Yasemi M[2], Rashidbeygi M[2], Moradi Z[2], Azizpor Y[2], Valizadeh R[3]**

(Received: June 22, 2013 Accepted: January 30, 2014)

Abstract

Introduction: Dyspepsia is one of the most common gastrointestinal disorders and an indication for upper gastrointestinal endoscopy (UGIE). The aim of this study was to evaluate the prevalence of gastrointestinal disorders in patients with dyspepsia who referred to gastrointestinal clinics in Ilam during the years 2010-2011.

Materials & Methods: In this cross-sectional study, all documents of patients with the history of dyspepsia and epigastric pain were evaluated. Data were analyzed by SPSS, t-test, logistic regression and Chi-square tests.

Findings: A total of 1464 patients underwent UGI endoscopy during a one-year study (age range 1-94). 50.1% of patients were male, and gastrointestinal disorders such as hiatal hernia, reflux esophagitis, duodenal ulcer and gastric ulcer were 91.5%, 44.2%, 26.1%, 30.2%, respectively. The final diagnosis was celiac in 17patients (1%), and was gastric cancer in 6 patients (0.4%).There was a significant association between reflux esophagitis and hiatal hernia (OR=4.59).

Discussion & Conclusion: The Prevalence of dyspepsia is increasing in Ilam; this could be attributed to changes in life style and dietary habits such as eating fast foods, more consumption of fat, obesity, and smoking. Finally, it is suggested that these findings can be helpful, and may offer a solution to decrease the prevalence of dyspepsia and its complications in Ilam.

Keywords: Dyspepsia, hiatal hernia, reflux esophagitis, Ilam

1.Dept of Surgery, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2.Students Research Committee, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
3.Dept of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
** Correspondin author Email: dr_rezavalizadeh@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-01]